

精神障害者にも対応した「地域包括ケアシステム」の構築を目指すために 桑名市の「地域包括ケアシステム構築」の取組について



本物力こそ桑名力

桑名ブランドキャッチフレーズ
ロゴマーク

他ではまねできない、桑名ならではの
たくさんの“本物”を見つけ出し、
磨き上げ、より素晴らしいものにしていく
力を「本物力」と名付けました。
木曾三川が流れ込む桑名を
桑名城の形状であった扇の要と見立てた
イメージ等を桑名のイニシャルである
「K」のマークで表現しました。



【1】地域包括ケアシステムとは？

【2】地域包括ケアシステムを構築するには？

【3】地域包括ケアシステムの実践

【1】地域包括ケアシステムとは？

現状と課題

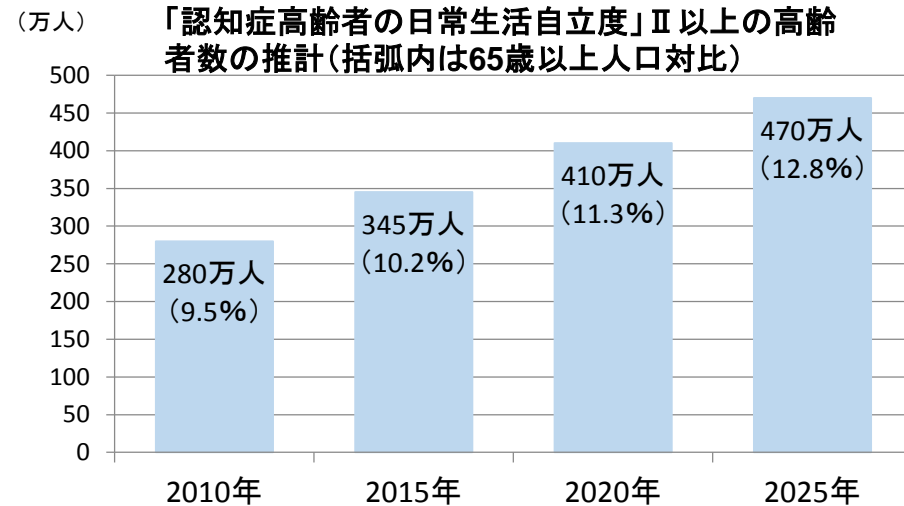
今後の介護保険をとりまく状況

平成28年8月22日
市町村セミナー資料より抜粋

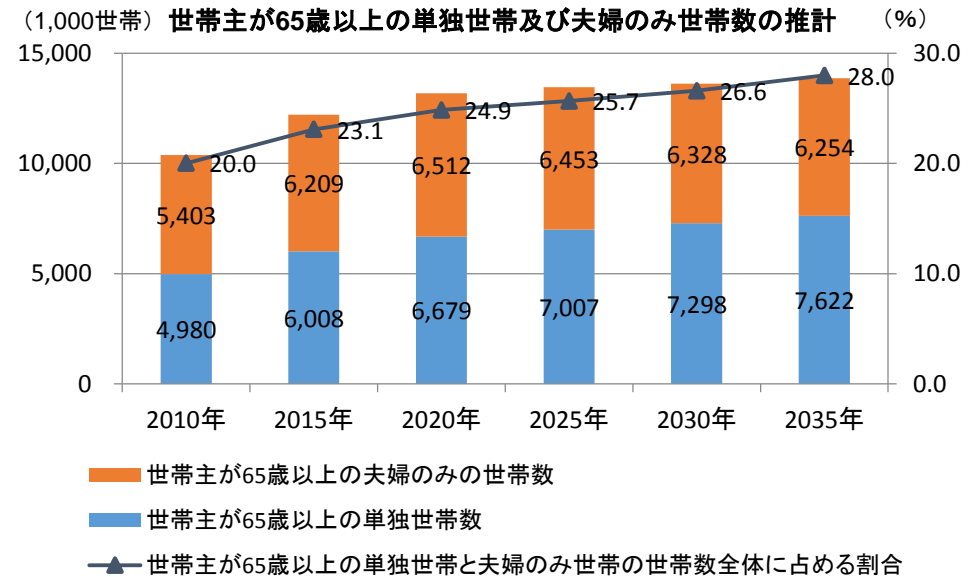
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

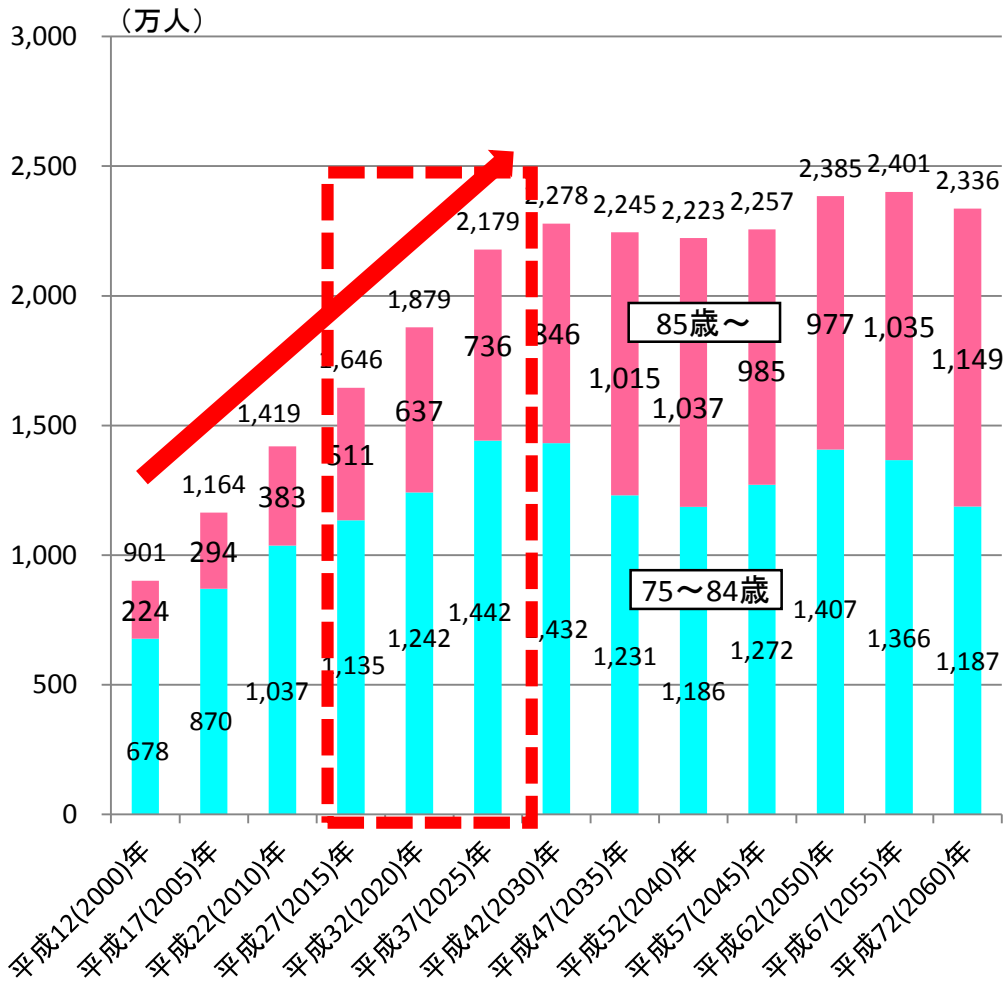


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

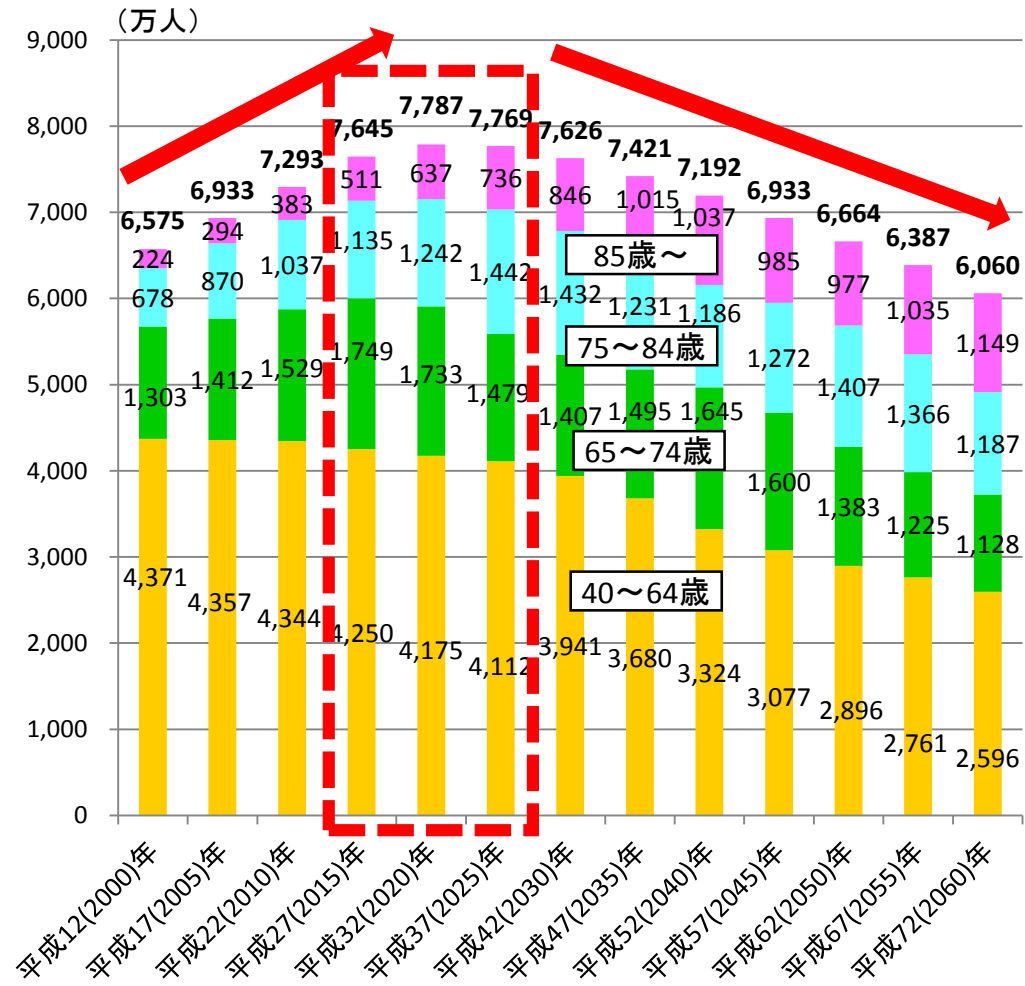
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

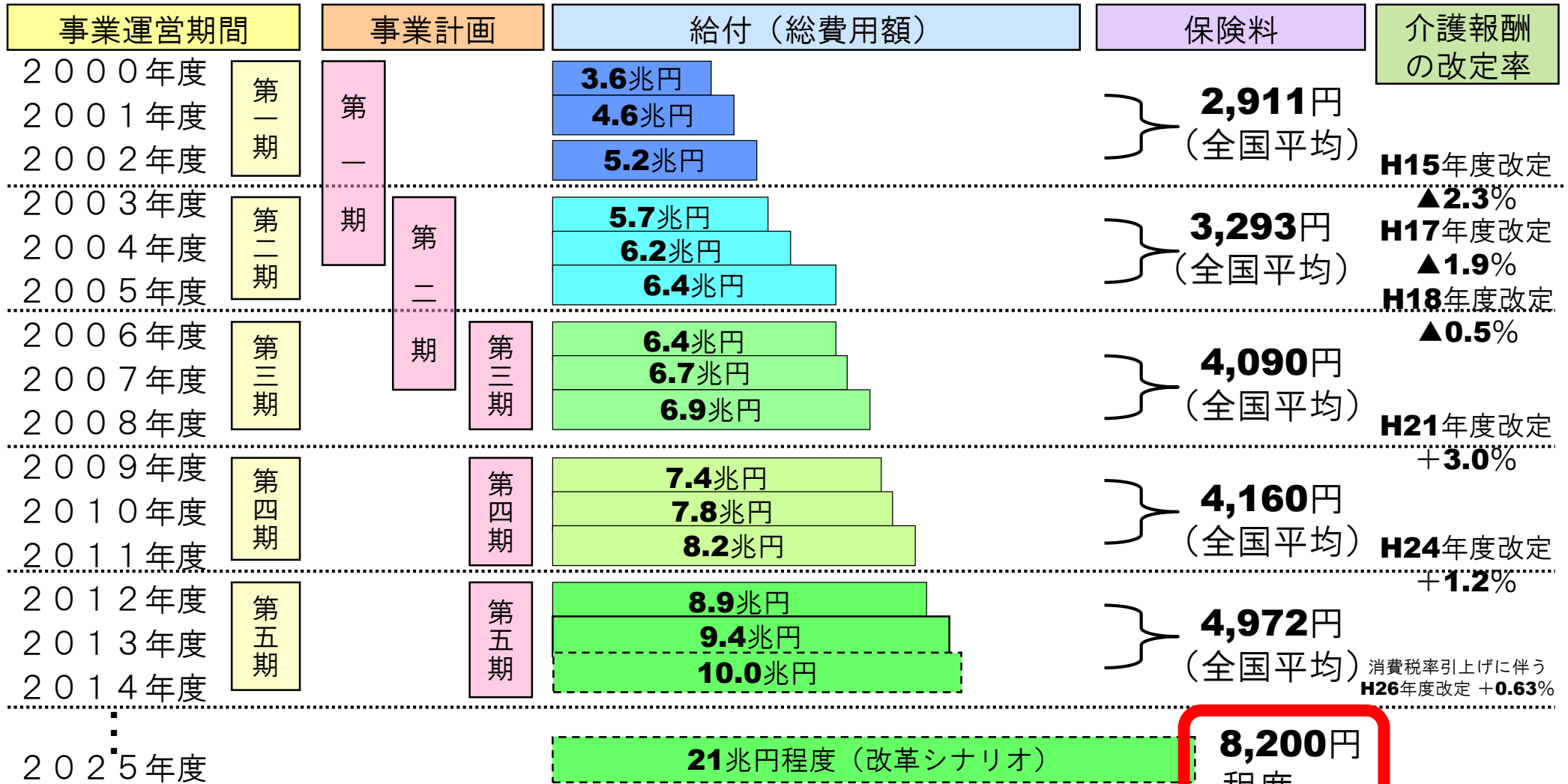
○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期(2005年度までは5年を1期)とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。
- 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇が見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。



※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算(案)である。
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の買金水準に換算した値

介護保険制度の改正の主な内容について

平成26年8月
22日市町村
セミナー資料
より抜粋

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進

④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - * 保険料見直し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

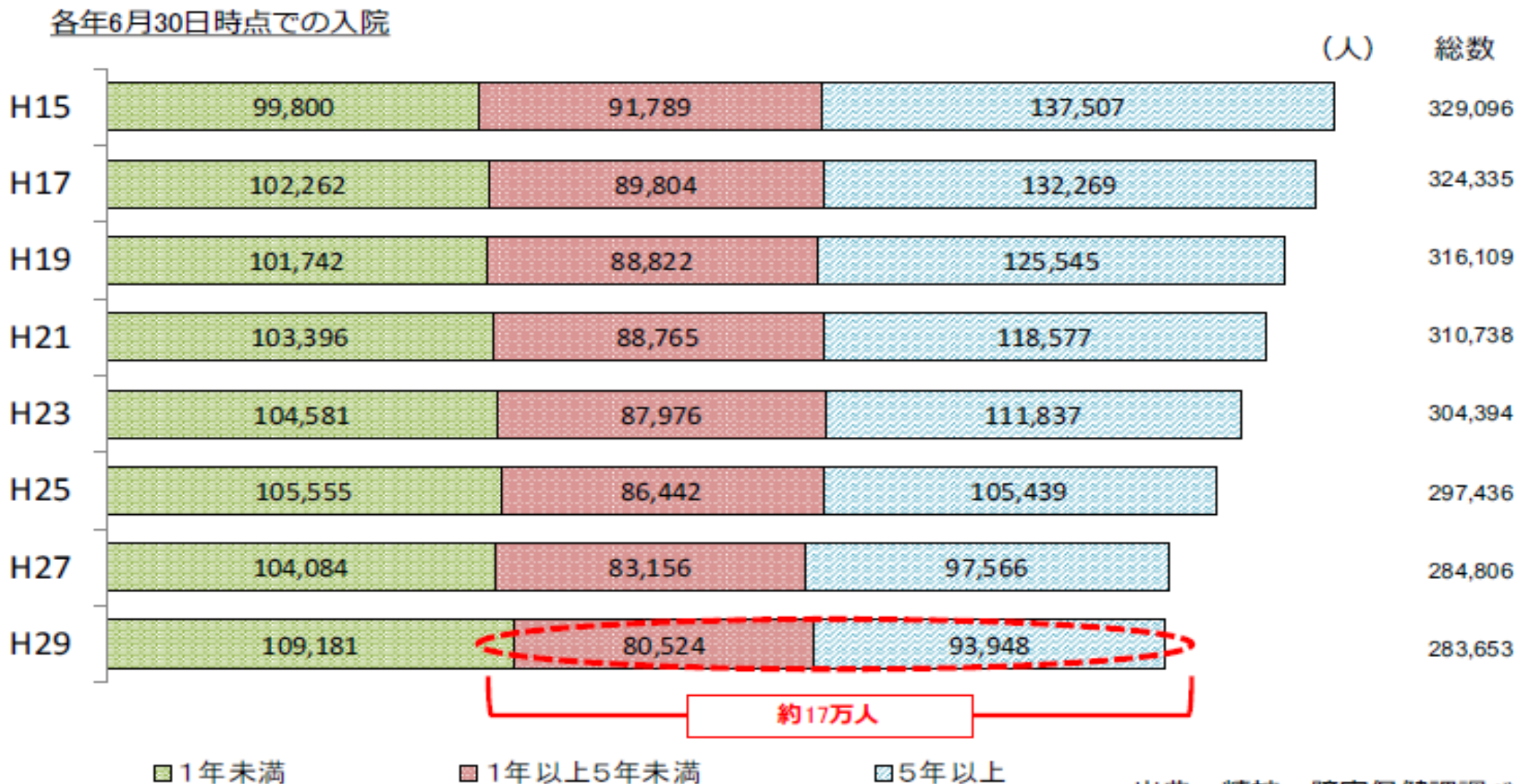
これまでの経緯等について

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。
- 平成29年2月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（※）の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要である。

このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。

なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か①

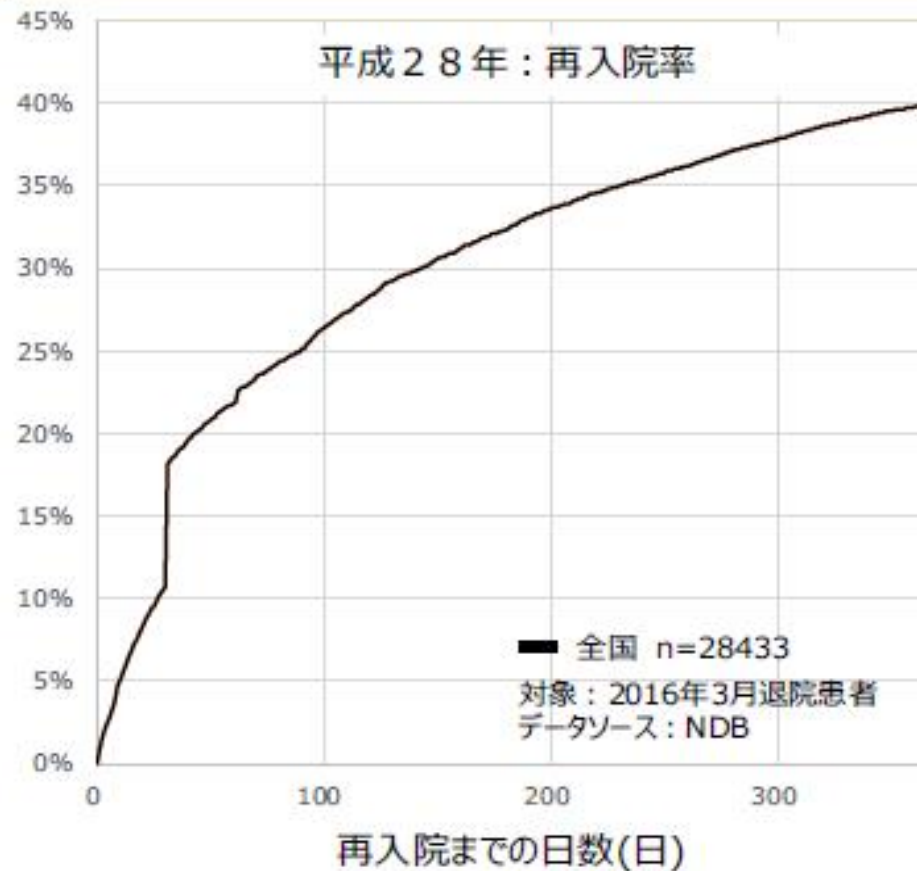
○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約17万人、うち5年以上が約9万人である。



なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要か②

- 精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。
- 精神障害者の多くが必要な地域サービスを十分利用できていない。

精神病床からの退院者の再入院率



出典：平成29年精神保健福祉資料（全国）

重症精神障害者の退院後の地域サービス利用状況

3つの精神科病院における新規入院者で、スクリーニング調査により、包括的支援が必要とされた者のうち、退院後に居住地区における地域サービスを利用していた者の割合は

約33%

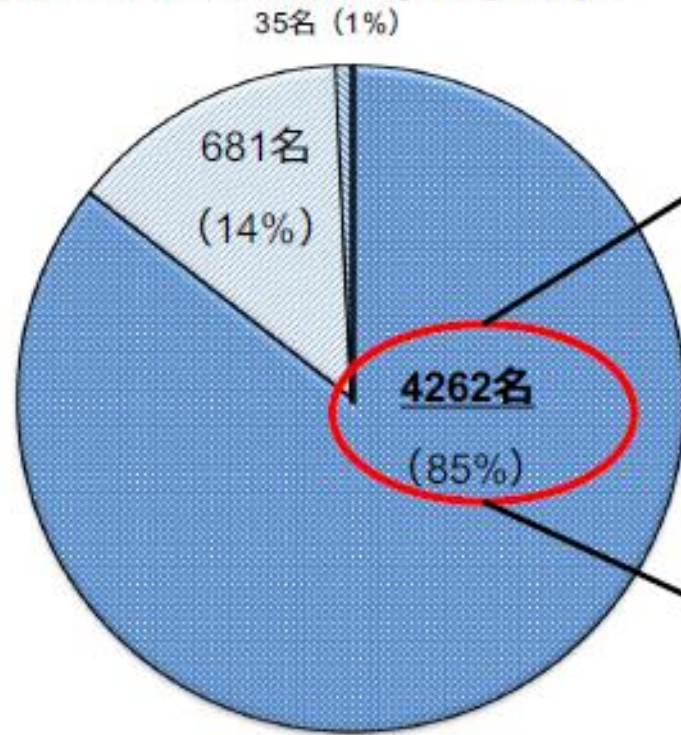
山口創生 他：重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用状況とコスト：ネステッドクロスセクショナル調査。精リ八誌，2015



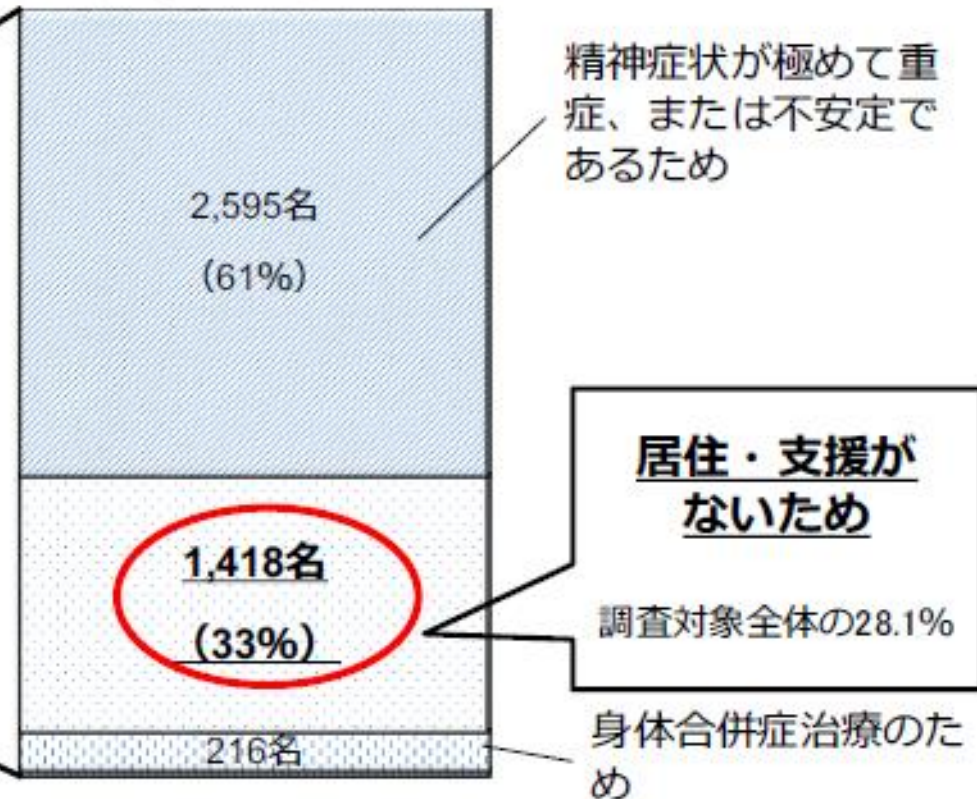
精神科病院における1年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院可能性、退院困難理由

- 1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。
- 退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。

調査日時点の退院可能性



退院困難理由



精神症状が極めて重症、または不安定であるため

居住・支援がないため

調査対象全体の28.1%

身体合併症治療のため

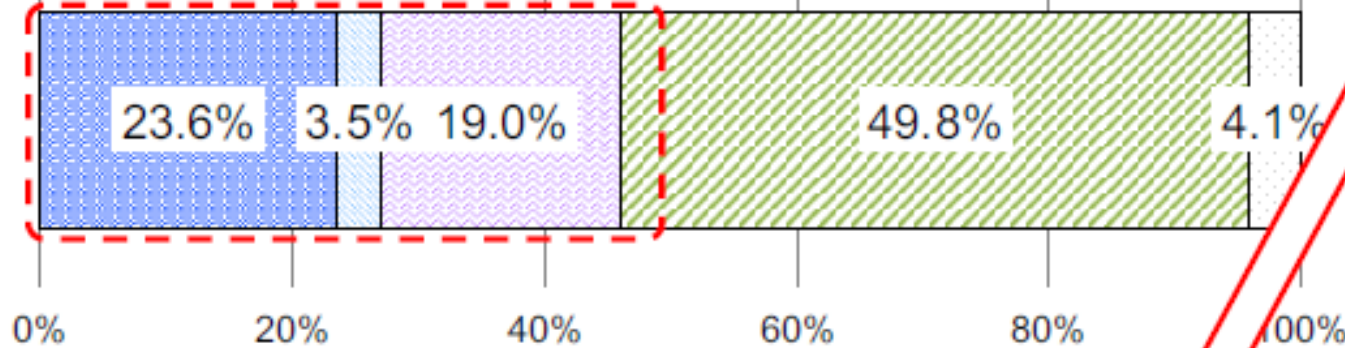
■困難 ■可能 ■無回答

精神療養病棟に入院する患者の退院の見通し

平成27年10月23日
中医協総会資料より編

○ 精神療養病棟に入院する患者の約 1 / 2 が、在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされている。

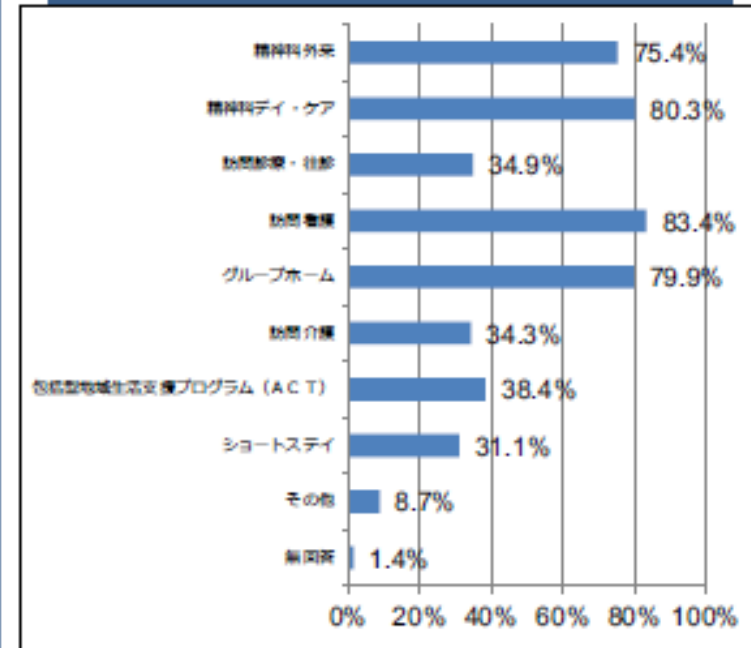
精神療養病棟入院
患者 (n=1409)



- 現在の状態でも在宅サービスの支援体制が整えば退院可能
- 在宅サービスの支援体制が新たに整わずとも近い将来退院可能
- 在宅サービスの支援体制が整えば近い将来に退院可能
- 状態の改善が見込まれず将来の退院を見込めない
- 無回答

基盤整備が必要

精神療養病棟の入院患者が、地域へ移行する上で重要となる事業・サービス等
(精神療養病棟入院料算定病棟、複数回答、n=289)



出典：平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けた目標設定

- 政策効果を見込まない将来の入院需要を推計し、①「地域移行を促す基盤整備」、②「治療抵抗性統合失調症治療薬の普及」、③「認知症施策の推進」による政策効果を差し引いて、入院需要の目標値を設定



平成36年度末（2025年）までの政策効果の見込みの内訳

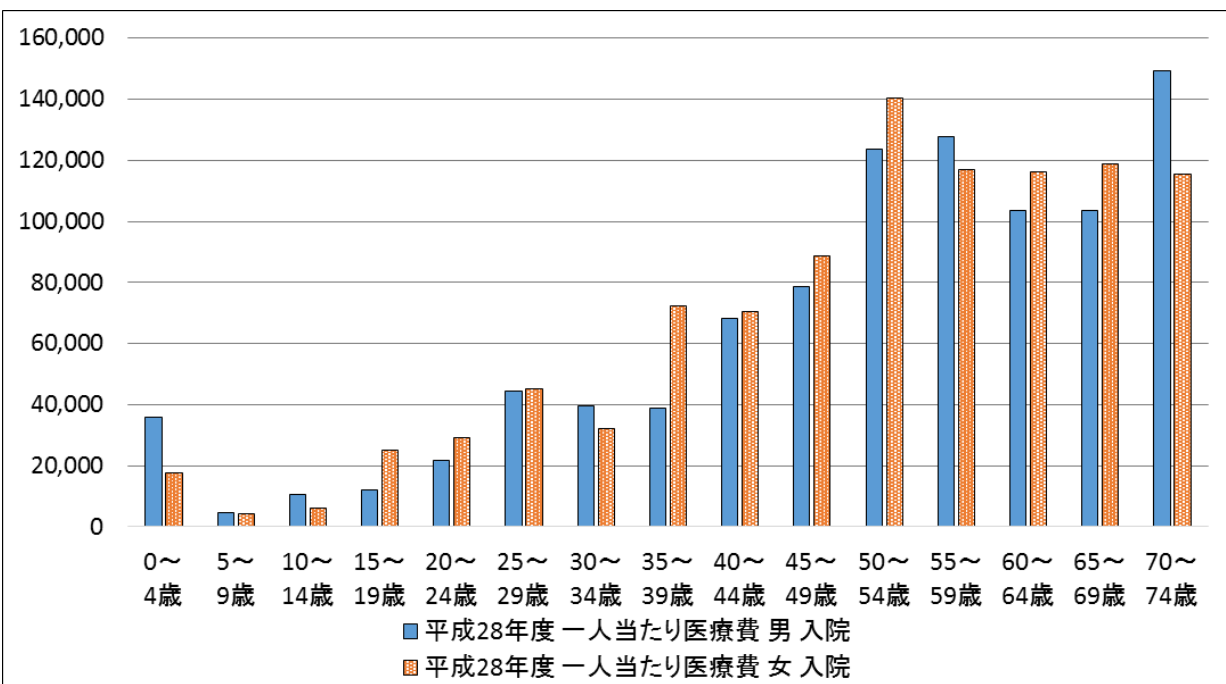
政策	地域移行する長期入院患者数の見込み（政策効果）	
① 地域移行を促す基盤整備	継続的な入院治療を要する長期入院患者（認知症除く）以外（長期入院患者（認知症除く）の30~40%）	6.2~4.7万人
② 治療抵抗性統合失調症治療薬の普及	継続的な入院治療を要する長期入院患者（認知症除く）の25~30%	2.8~2.7万人
③ 認知症施策の推進	認知症による長期入院患者の13~19%	0.8~0.5万人

合計 9.8~7.9万人

「桑名市データヘルス計画」から 性別・年齢別の被保険者一人当たり医療費の状況

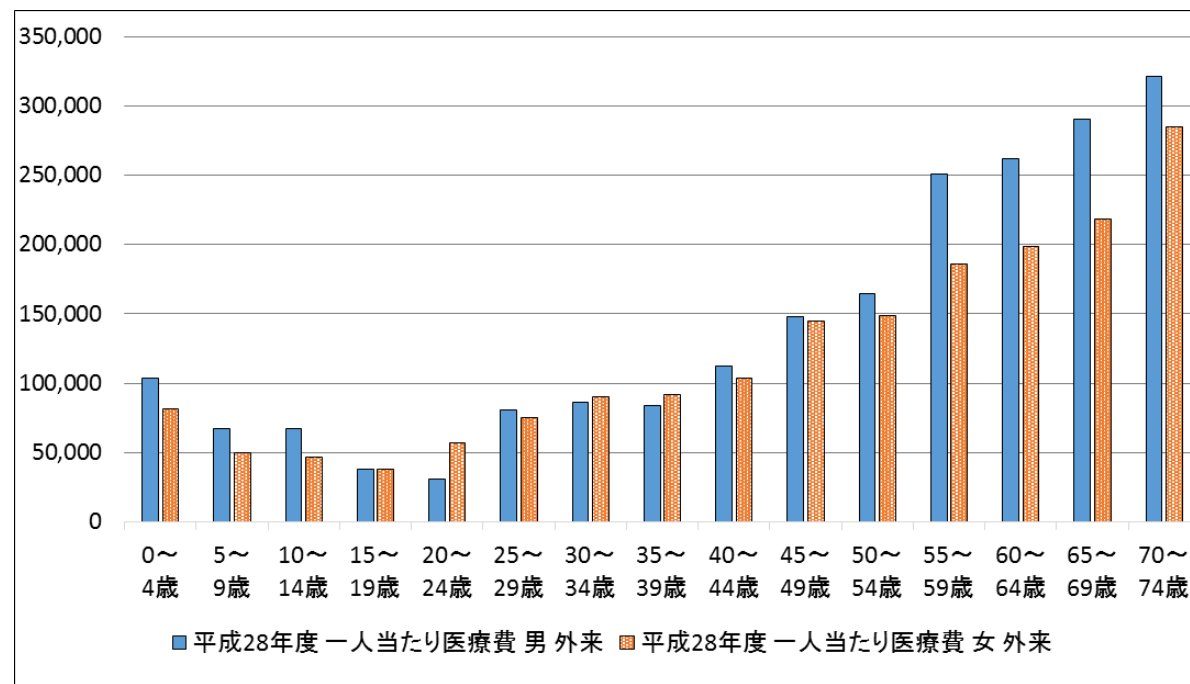
入院

【被保険者一人当たり入院医療費（男女別）（平成28年度）】



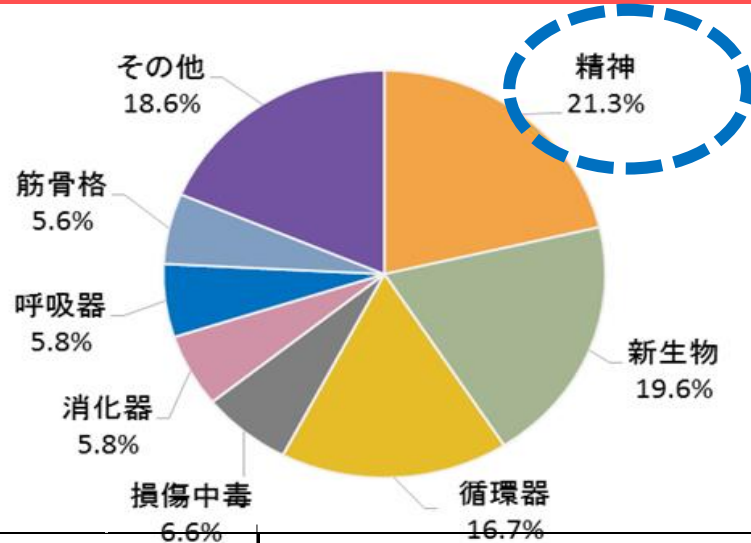
外来

【被保険者一人当たり外来医療費（男女別）（平成28年度）】



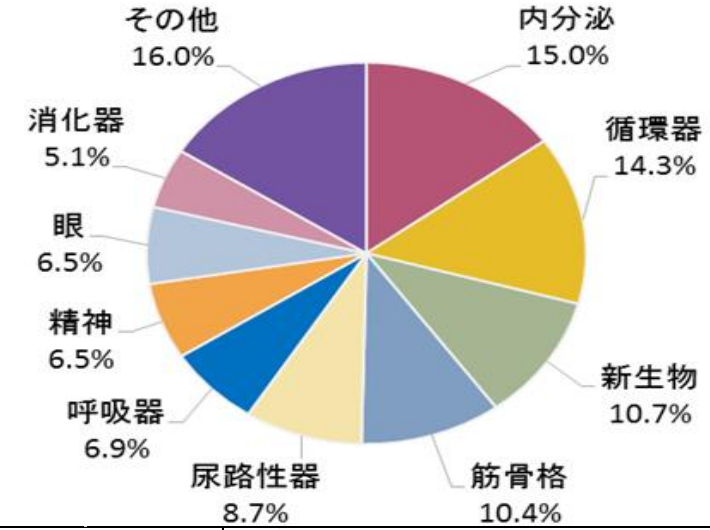
疾病分類別の医療費の状況

入院



大分類	中分類	割合
精神	統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害	14.3%
	気分(感情)障害(躁うつを含む)	3.3%
	その他の精神及び行動の障害	1.8%
新生物	その他がん	7.3%
	気管、気管支及び肺のがん	2.5%
	悪性リンパ腫	1.9%
循環器	その他の心疾患	5.7%
	虚血性心疾患	5.2%
	脳梗塞	2.7%
損傷中毒	骨折	3.8%
	その他の損傷及びその他外因の影響	1.8%
	頭蓋内損傷及び内臓の損傷	0.9%

外来



大分類	中分類	割合
内分泌	糖尿病	8.5%
	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	6.1%
	甲状腺障害	0.5%
循環器	高血圧性疾患	7.6%
	その他の心疾患	3.5%
	虚血性心疾患	1.6%
新生物	その他がん	3.6%
	気管、気管支及び肺のがん	1.5%
	乳がん	1.3%
筋骨格	脊髄障害(脊髄症を含む)	2.3%
	炎症性多発性関節障害	2.1%
	骨の密度及び構造の障害	1.8%

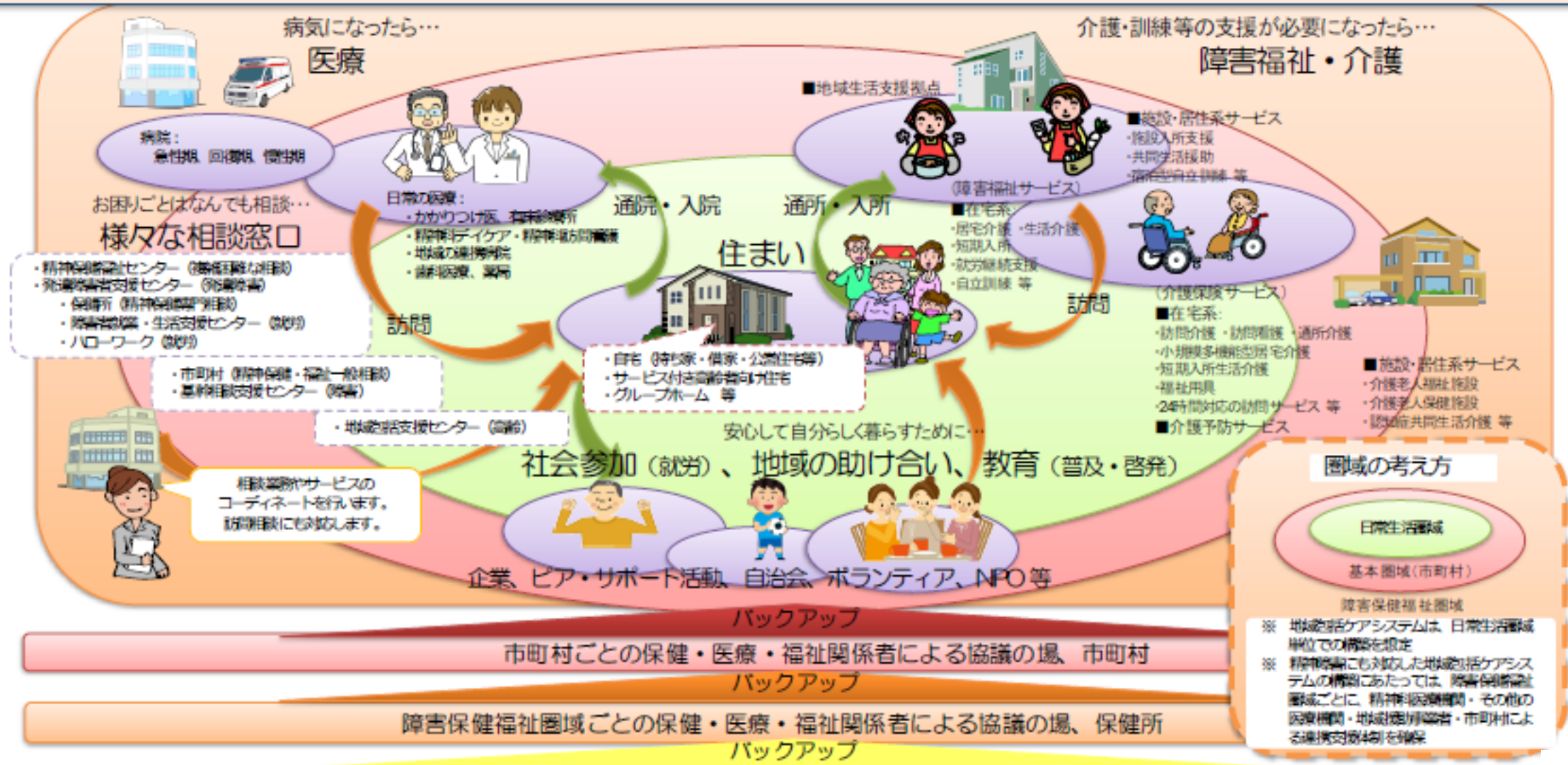
疾病分類別レセプト件数及び医療費(28年度)②

順位	中分類 ＜一人当たり医療費上位20分類＞	桑名市 被保険者数 : 28,835人			三重県 被保険者数 : 461,969人			同規模 被保険者数 : 3,124,831人			国 被保険者数 : 32,587,223人		
		被保険者1,000人 当たりレセプト 件数(件)	被保険者一人 当たり医療費 (円)	医療費 割合	被保険者1,000人 当たりレセプト 件数(件)	被保険者一人 当たり医療費 (円)	医療費 割合	被保険者1,000人 当たりレセプト 件数(件)	被保険者一人 当たり医療費 (円)	医療費 割合	被保険者1,000人 当たりレセプト 件数(件)	被保険者一人 当たり医療費 (円)	医療費 割合
1	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	187.9	22,529	7.0%	174.9	19,362	6.3%	178.2	17,534	5.6%	161.6	15,438	5.2%
2	糖尿病	599.4	17,854	5.5%	639.1	18,183	5.9%	575.3	17,353	5.6%	533.8	16,456	5.5%
3	その他の悪性新生物	87.6	16,174	5.0%	82.7	15,591	5.0%	84.4	15,475	5.0%	80.2	14,851	5.0%
4	腎不全	43.4	15,536	4.8%	56.6	18,806	6.1%	56.8	19,225	6.2%	52.6	17,968	6.1%
5	高血圧性疾患	1,104.3	15,314	4.7%	1,143.1	15,396	5.0%	1,042.9	15,059	4.9%	967.1	14,113	4.8%
6	その他の心疾患	210.7	13,960	4.3%	211.5	14,145	4.6%	195.7	13,421	4.3%	187.6	13,088	4.4%
7	その他の内分泌、栄養及び代謝障害	761.7	12,591	3.9%	752.5	11,951	3.9%	670.4	11,610	3.7%	618.3	10,970	3.7%
8	その他の眼及び付属器の疾患	631.2	10,630	3.3%	530.2	8,259	2.7%	486.9	8,142	2.6%	444.3	7,420	2.5%
9	気分(感情)障害(躁うつ病を含む)	284.9	10,594	3.3%	208.7	7,320	2.4%	213.4	7,753	2.5%	202.8	7,077	2.4%
10	虚血性心疾患	126.3	9,528	2.9%	104.8	7,975	2.6%	97.9	7,450	2.4%	92.0	6,945	2.3%
11	その他の消化器系の疾患	207.9	9,070	2.8%	194.2	8,396	2.7%	214.1	9,482	3.1%	210.4	9,387	3.2%
12	その他の呼吸器系の疾患	140.5	7,927	2.4%	139.5	7,423	2.4%	133.1	7,652	2.5%	132.6	7,210	2.4%
13	脊椎障害(脊椎症を含む)	237.1	6,197	1.9%	220.8	5,471	1.8%	172.6	5,064	1.6%	163.6	4,944	1.7%
14	気管、気管支及び肺の悪性新生物	19.9	6,176	1.9%	22.0	7,697	2.5%	19.2	6,065	2.0%	18.4	5,782	1.9%
15	骨折	51.1	5,652	1.7%	48.5	4,953	1.6%	44.1	4,949	1.6%	43.5	4,740	1.6%
16	炎症性多発性関節障害	103.8	5,273	1.6%	113.3	4,987	1.6%	97.0	4,696	1.5%	91.0	4,463	1.5%
17	脳梗塞	66.2	4,888	1.5%	63.5	4,363	1.4%	63.3	5,008	1.6%	55.5	4,657	1.6%
18	関節症	191.9	4,885	1.5%	195.0	5,058	1.6%	183.4	5,053	1.6%	183.7	5,127	1.7%
19	その他の神経系の疾患	167.1	4,480	1.4%	177.5	5,706	1.8%	168.1	5,976	1.9%	165.3	5,845	2.0%
20	その他損傷及びその他外因の影響	107.2	4,395	1.4%	116.9	3,712	1.2%	114.4	3,871	1.2%	115.9	3,888	1.3%

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

社会保障審議会障害者部会
H30.6.27 より抜粋

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）を包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



**【2】地域包括ケアシステムを
構築するには...**
目標や目的は？



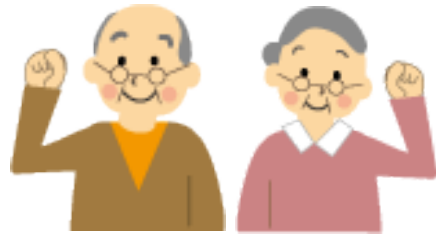
【介護保険法】

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。**

「桑名市地域包括ケア計画」の基本理念



高齢者の尊厳保持・自立支援

(介護保険法第1条)



セルフマネジメント（「養生」）

健康の保持増進

(介護保険法第4条第1項)

能力の維持向上

介護予防に資するサービスの提供

(介護保険法第2条第2項及び第5条第3項)

在宅生活の限界点を高めるサービスの提供

(介護保険法第2条第4項及び第5条第3項)

一般高齢者

要支援者

要介護者

在宅サービス

施設サービス

多様な資源を活用し、
共に支え合う一体的な
地域づくり

『介護予防・日常生活支援
総合事業』
『生活支援体制整備事業』



多職種協働による
ケアマネジメントの充実

『地域ケア会議』
『在宅医療・介護
連携推進事業』
『認知症総合支援事業』



施設機能の地域展開

『「定期巡回・随
時対応型訪問介
護看護」等の在
宅サービス』



地域共生社会の実現に向けた地域包括ケアシステムの推進

他人事

「我が事」

全員参加型

地域の課題を「丸ごと」受け止める仕組・場



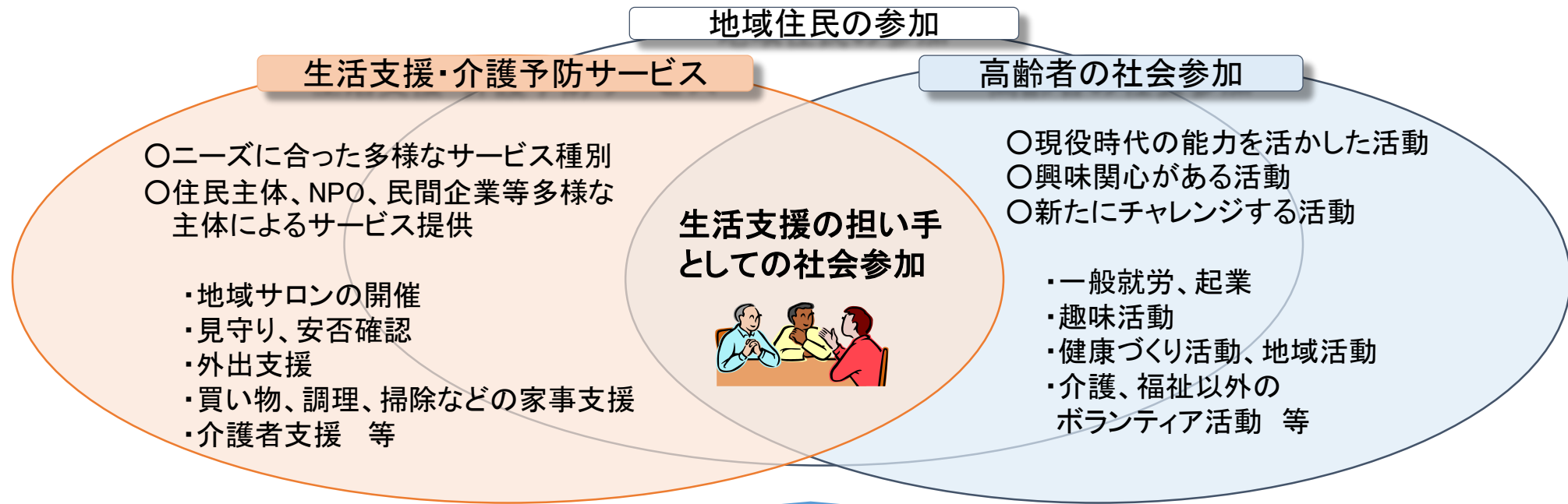
自助・互助・共助・公助

- **自助**・・・自分のことを自分でする、自らの健康管理（セルフケア）、保険外サービスの利用など
- **互助**・・・地域住民による支え合い、ボランティア活動（インフォーマルな相互扶助）など
- **共助**・・・介護保険、医療保険などの制度化されたサービス（フォーマルな相互扶助）など
- **公助**・・・自助・互助・共助では対応できない領域の公的支援、例えば生活保護、措置入所など
- 今後は**自助・互助の果たす役割が大きくなる**ことを意識した取り組みが必要、ただし**相互の連携が重要**

自助・互助 > **共助・公助**

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、**生活支援**の必要性が増加。**ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要**。
- 高齢者の介護予防が求められているが、**社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる**。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「**生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）**」の配置などについて、**介護保険法の地域支援事業に位置づける**。



バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

【精神保健福祉法】

自立支援・社会参加

E

34ページを見てね

(この法律の目的)

第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

施策・予防

M

(国及び地方公共団体の義務)

第二条 国及び地方公共団体は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによつて精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるように努力するとともに、精神保健に関する調査研究の推進及び知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない。

自助・セルフマネジメント

E

(国民の義務)

第三条 国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。

地域の理解を求める

C

(精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮)

第四条 医療施設の設置者は、その施設を運営するに当たっては、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、当該施設において医療を受ける精神障害者が、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第五条第一項に規定する障害福祉サービスに係る事業(以下「障害福祉サービス事業」という。)、同条第十八項に規定する一般相談支援事業(以下「一般相談支援事業」という。)その他の精神障害者の福祉に関する事業に係るサービスを円滑に利用することができるように配慮し、必要に応じ、これらの事業を行う者と連携を図るとともに、地域に即した創意と工夫を行い、及び地域住民等の理解と協力を得るように努めなければならない。

連携

C

2 国、地方公共団体及び医療施設の設置者は、精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

地域包括ケアシステムの植木鉢

M

介護
・
リハビリ
テーション

医療・看護

保健・福祉

C

C

介護予防・生活支援

すまいとすまい方

本人の選択と本人・家族の心構え

E

34ページを
見てね

葉っぱ事業

まとめる

共助

公助

土事業

まきこむ・まじわる

自助

互助

共助

公助

土事業では「四助」すべてが関わるものの、共助や公助の関わりは部分的。専門職にしかできないことに集中していくためにも、自助や互助の役割がより重要に。専門職の役割は、部分的／側面的な支援となっていく。

資料) 岩名礼介「平成30年度第1回市町村等職員初任者セミナー」講演資料、2018年

【3】地域包括ケアシステムの実践

事例や実践等

事例①「若年性認知症の深田恭子さん」を地域で支える

(仮名)

地域ケア会議を開催

参加者：地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所、民生委員、生活支援コーディネーター、市介護予防支援室

59歳 女性 要介護1 夫と二人暮らし 小規模多機能型居宅介護サービス利用

- 目的 独り歩きが増えたことから、地域での不安の声の払拭、本人・家族の負担を少しでも軽減したケアと地域づくり。

訪問・通所・泊りが一体的に提供される柔軟なサービス
- 内容 ①本人・家族の意向を尊重した事業所の支援方針を地域と共有。
②認知症になっても暮らせる地域力向上の為に、地域にどのように働きかけるか
- 方針 本人・家族ともに望む「在宅生活」を、ライフスタイルを維持しながら継続できる支援・介護・サービスを目指す。
- 結果 ケア会議後、自治会新旧ブロック長会議に2回参加し、伝えられる範囲の情報提供を行い、見守りを働きかけた結果、地域での、より理解のあるあたたかい見守りにつながった。現在も継続中

事例②「ご本人の思いを大切に」を支える

75歳 男性 一人暮らし 生活保護受給中

【経緯】

H30.夏、スーパーの駐車場で倒れ、救急搬送・入院。
1週間後退院となる。

退院に向けて
地域ケア会議開催
M:課題の共有
C:役割分担

課題の見直しの為
ケア会議開催
課題の共有役割分担

●参加者

ケアマネ、包括、生活支援室、介護予防支援室、
民生委員、社協(日自)

●課題

本人の希望であるアパートでの生活

●方針・役割分担

- ①金銭管理⇒日常生活自立支援事業(社協)
- ②生活のサポート⇒DS、ヘルパー(ケアマネ)
- ③アパート⇒解約の解除・部屋の清掃(生活支援室・包括)

●参加者

ケアマネ、包括支援センター、病院相談員、
介護事業所、生活支援室、介護予防支援室

●課題

- ①身の回りの事 ②金銭管理 ③アパートの解約

●方針・役割分担

- ①ケアマネ・サービス事業所 ②包括・社協

③ケアマネ

包括・介護予防支援室、生活支援室

●集団生活が合わないのでツライ。
●アパートに戻りたい。

●一時外出を行い、立ち会いをする

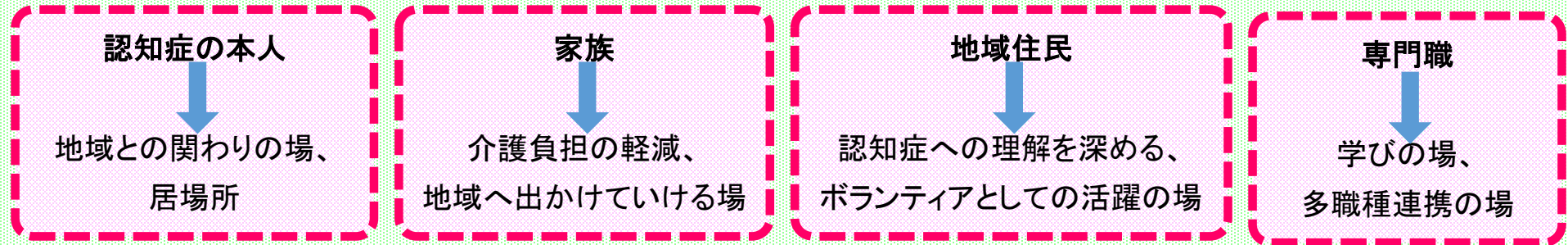
①有料老人ホーム+DS利用

③アパートを月末で解約

オレンジカフェとは

オレンジカフェ(認知症カフェ)とは

・認知症の方やご家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場



「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり」の一環として開催

地域包括支援センター
主催の
オレンジカフェ

医療機関・介護事業所等
主催の
オレンジカフェ

「認知症の人と
家族の会」のつどい

オレンジカフェの様子

医療機関・介護事業所等
主催の
オレンジカフェ



病院、介護事業所
の様子を
知ってもらう



専門職に気軽に
相談できる

認知症について
学べる



みかんの会



65歳未満で発症した認知症を「若年性認知症」といいます。働き盛りに仕事や家事が十分にできなくなることで身体的にも精神的にも高齢者とは異なる生活課題があります。若年性認知症の人を介護している家族の方を対象として、家族同士が励まし合い、認知症や家族について学びあうための交流会を実施し、少しでも介護者の方々の不安の軽減を図ることを目的としています。

日時：偶数月（日にちは未定）10:00～11:30

対象：69歳以下の認知症の方を介護している家族

参加費：200円（フリードリンク）

場所：みんなの広場多目的ホール

（桑名市北別所蔵金坊1607）ふるさとの里北側

★ご本人様同伴の場合、当事者同士の交流など、専門職が対応し、安心して過ごしていただきます。

【お問合せ先】

桑名市西部地域包括支援センター



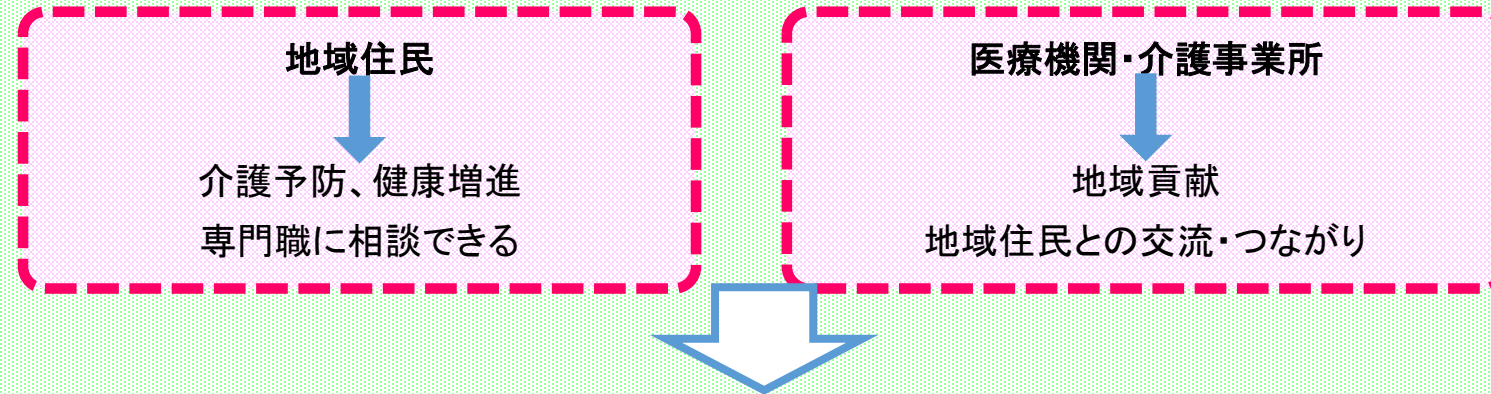
TEL: 0594-25-8660 FAX: 0594-25-8661

若年性の認知症の方
ご家族だけで悩んで
いませんか？

健康・ケア教室とは

健康・ケア教室とは

- ・医療機関や介護事業所等が空きスペースや、地域交流スペースを活用し、地域住民に介護予防の講座などを提供する場



「多様な地域資源を活用し、共に支え合う一体的な地域づくり」の一環

医療機関

地域密着型
介護施設

社会福祉法人

薬局

接骨院・鍼灸院

など

【参考1】事業所・企業との協働 ー大和地区の「ふるさとの里」ー

○ 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要



- 平成24年3月に開設された小規模多機能型居宅介護等を提供する事業所において、地域住民に対し、地域交流の機会を提供。
 - ① 平成24年3月以降、年2回、「餅つき大会」を開催。
 - ② 平成24年4月、誰でも利用可能な喫茶「わか菜」を開設。
 - i 血圧計及び血圧ノートを設置。
 - ii 勉強会「血圧について」を開催。
 - ③ 平成26年7月以降、ボランティアの協力を得て、多目的ホール「みんなのへや」を活用した「集いの場サロン」を開催。

(注) 平成26年7月～平成27年3月の間、37回にわたり、延べ160名の参加を得て、籠づくり、折り鶴等の手芸や談話を実施。



平成26年10月15日
勉強会「血圧について」



平成26年10月28日
「集いの場サロン」

【参考2】事業所・企業との協働－筒尾地区の「ももふれあい保健室」－

- 介護予防に資するよう、多様な通いの場を創出することは、重要。



平成26年10月2日
「ももふれあい保健室」

- 平成26年10月、筒尾地区の訪問看護ステーションにおいて、「ももふれあい保健室」を開設。

(注)平成26年10月～平成27年3月の間、26回ににわたり、延べ21人の参加を得たところ。

- 具体的には、毎週木曜日13:30～15:00、看護師等の専門職による血圧測定等の健康相談を無料で実施。

【目的】は「地域包括ケアシステム」の構築！に向けたステップ

M

ミッションを共有する

何のために「地域包括ケアシステムの構築」を目指すのか？医療費削減の為？その人らしい暮らしができるため？

C

コンセンサスを得る

「地域包括ケアシステムの構築」は誰の為？なぜ構築するのか？を誰に理解してもらいたい？

C

コラボレーションの実践

互助・共助

「地域包括ケアシステムの構築」を誰と構築していきたい？患者さん・医療者・事業者・地域の方……
点と点がつながり線となり、線がつながり、面となる

E

エンパワメントを引き出す

自助

生活者・患者さん自身が主体的に地域資源を活用できるように。
地域の方が自分たちのために動けるように。
してあげるから⇒エンパワメントへ

「地域包括ケアシステム」の構築に向けたそれぞれの役割

桑名市地域包括ケア計画

～第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画～
(平成27～29年度)

～「全員参加型」で
「2025年問題」を乗り越えるための
「地域支え合い体制づくり」～



桑名ブランドキャッチフレーズ
ロゴマーク

他では見られない、桑名ならではの
「桑名」の「桑」を象徴的に
取り上げ、より豊からしいものにしていく
「桑名」の「桑」を象徴的に
取り上げ、より豊からしいものにしていく
「桑名」の「桑」を象徴的に
取り上げ、より豊からしいものにしていく

本物力こそ桑名力

- 地域の関係者が相互に連携して活動を展開するネットワークを醸成するマネジメントとしての

M ミッションの共有

介護ver

- 「市町村介護保険事業計画」の策定及び推進（「マクロ」のレベル）
 - i 地域の実情に応じた介護保険の保険者である市町村としての「期待の明確化」
 - ii 地域資源のネットワーク化の前提となる地域資源の「見える化」
 - iii 保険料負担の増大を抑制する努力の「見える化」
- 一定の範囲に属するすべての事例を対象とする「地域ケア会議」の開催（「ミクロ」のレベル）
- 研修会・講演会
関係職員間、対市民

障害ver

今、考えずにいつ考える？ 「地域包括ケアシステム」



本物力こそ桑名力



桑名市
KUWANA CITY

511-8601 三重県桑名市中央町2丁目37番地
桑名市役所 介護高齢課 介護予防支援室
[Tel:0594-24-5104](tel:0594-24-5104) fax:0594-24-3133
kaigom@city.kuwana.lg.jp